

Hanna Kosonen
Johanna Tähkä

Mielenterveyspotilaiden kokemuksia kotiutumisen tarkistuslistasta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

20.11.2014

Tekijät Otsikko	Hanna Kosonen, Johanna Tähkä Mielenterveyspotilaiden kokemuksia kotiutumisen tarkistuslistasta
Sivumäärä Aika	26 sivua + 6 liitettä 20.11.2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaajat	Lehtori Anu Leppänen Lehtori Eila-Sisko Korhonen
<p>Tämä opinnäytetyö on osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelujen omahoitajamallin kehittämishanketta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Auroran sairaalan kanssa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa mielenterveyspotilaiden kokemuksia kotiutumisen tarkistuslistasta psykiatrisen sairaalan suljetuilla osastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää mielenterveyspotilaiden onnistunutta kotiutumista.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Tutkimusaineisto kerättiin kahdelta psykiatrisen sairaalan suljetulta osastolta elo-lokakuussa 2014. Tutkimusaineisto koostui 16 potilaan vastauksesta. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita hyödyntäen.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että kotiutuminen herätti mielenterveyspotilaissa pääsääntöisesti positiivisia tunteita, iloa ja helpotusta. Potilaiden kokemukset kotiutumisen tarkistuslistasta olivat hyviä. Potilaat kokivat tarkistuslistan selkiyttävän omaa tilannetta, kartoittavan omia kykyjä ja voimavaroja sekä auttavan arjesta selviytymisen suunnittelussa. Potilaiden kokemuksen mukaan tarkistuslistan käyttö luo turvaa ja antaa henkistä tukea.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten perusteella kotiutumisen tarkistuslistan käyttö mielenterveyspotilaiden kotiutumisen työvälineenä on hyödyllistä ja edistää potilaan kotiutumisen suunnittelua. Kotiutumisen tarkistuslistan käytön tulisi olla mielekästä potilaiden lisäksi myös sitä työvälineenään käyttäville hoitajille.</p> <p>Jatkossa voitaisiin tutkia potilaiden kokemuksia kotiutumisen tarkistuslistasta kotiutumisen ja avohoidon piiriin siirtymisen jälkeen.</p>	
Avainsanat	mielenterveyspotilas, kotiutuminen, tarkistuslista, potilaiden kokemukset

Authors Title	Hanna Kosonen, Johanna Tähkä Mental Health Patients' Experiences of a Discharge Checklist
Number of Pages Date	26 pages + 6 appendices 20 November 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Anu Leppänen, Senior Lecturer Eila-Sisko Korhonen, Senior Lecturer
<p>This final project was part of the primary nursing project between Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Finland, and Psychiatry and substance abuse services of the City of Helsinki. The final project was carried out in collaboration with the City of Helsinki, Aurora hospital.</p> <p>The purpose of this final project was to find out mental health patients' experience of discharge checklist at closed units of a Finnish psychiatric hospital. The aim of this final project was to promote successful discharge of mental health patients'.</p> <p>This final project was conducted as a qualitative research by using a questionnaire containing open questions. The data for this final project was collected from two closed units of a psychiatric hospital during August-October 2014. The data consisted of 16 patients responses. The data were analyzed by utilizing the methods of inductive content analysis.</p> <p>The results showed that the patients had positive feelings, joy and relief when getting home from the hospital. Patients' experiences of the discharge checklist were good. The patients thought that the checklist clarified the situation, prospective talents and resources as well as helped to plan everyday life. The patients thought that the checklist usage provided safety and emotional support.</p> <p>The result of this final project lead to the conclusion that using the discharge checklist was useful with mental health patients and promoted the planning of patients' discharge. The checklist usage should be pleasant also to the nurses using the checklist as a tool at work.</p> <p>In the future, patients' experiences of the discharge checklist after the transition to the home and in outpatient care may be researched.</p>	
Keywords	mental health patient, discharge, checklist, patients' experiences

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Keskeisten käsitteiden tiedonhaun kuvaus	2
3	Mielenterveyspotilaan kotiutuminen	2
3.1	Mielenterveyspotilas ja mielenterveystyö	2
3.2	Kotiutuminen	3
3.3	Mielenterveyspotilaan kotiutumisen erityispiirteitä	7
4	Tarkistuslista	8
4.1	Tarkistuslistan käyttö yleisesti	8
4.2	Kotiutumisen tarkistuslista	9
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	10
6	Opinnäytetyön toteutus	10
6.1	Tutkimusmenetelmä	10
6.2	Aineistonkeruu	11
6.3	Aineiston analyysi	12
7	Tulokset	13
7.1	Potilaiden kokemukset	13
7.2	Listan sisältö	15
8	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	17
8.1	Eettisyys	17
8.2	Luotettavuus	20
9	Pohdinta	21
9.1	Tulosten tarkastelu	21
9.2	Opinnäytetyön merkitys ja jatkotutkimusehdotukset	23
	Lähteet	24
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhakutaulukko	
	Liite 2. Tarkistuslista	

Liite 3. Kyselylomake

Liite 4. Saatekirje kotiutuvalle potilaalle

Liite 5. Saatekirje kotiuttavalle hoitajalle

Liite 6. Kyselylomakkeen täyttöohje

1 Johdanto

Mielenterveys on ihmisen voimavara, jossa tapahtuu muutoksia päivittäin. Ihmisen katsaan olevan mieleltään terve, kun hän pystyy selviytymään itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista kärsimättä itse tai tuottamatta kärsimystä muille ihmisille. Siksi mielenterveyttä tarvitsee hoitaa ja huoltaa. Suomessa mielenterveysongelmista kärsiviä on paljon ja he ovat suuri työkyvyttömyyttä lisäävä sairausryhmä; jopa viidennes suomalaisista sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin mukaan lähes 163 000 ihmistä käytti psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita vuonna 2012. (THL 2014: 2).

Mielenterveyspotilaan toiminta- ja selviytymiskyky on heikentynyt ja arjen hallinta saat-
taa olla vaikeaa. Se luo haasteita mielenterveyspotilaan osastohoidosta kotiutumiseen. On tutkittu, että mielenterveyspotilailla on suurentunut riski tehdä itsemurha sairaalahoidosta kotiutumisen jälkeen. (Hoffmann-Richter – Kanzig – Frei – Finzen 2002). Potilaan kotiutuminen sairaalasta on prosessi, johon kuuluu kotiutumisen organisointi ja potilaan valmistaminen kotiutumiseen. Kotiutumisprosessin tarkoitus on potilaan kannalta hyvä ja turvallinen tapa kotiutua. Hyvä kotiutuminen ehkäisee potilaan edestakaista kulkemista kodin ja sairaalan väliä. Kotiutuminen ei aina kuitenkaan suju toivotulla tavalla. Sen takia kotiutuminen tulisi suunnitella huolella ja suunnitteluun tulisi ottaa mukaan potilas itse, hänen omaisensa ja mahdolliset tulevat hoitokontaktit. Tarkistuslistan käyttö mielenterveyspotilaan kotiutumisvaiheessa selvittää potilaan voimavaroja ja arjesta selviytymistä. Mielenterveyspotilaiden kokemuksia kotiutumisen tarkistuslistan käytöstä ei ole tutkittu aikaisemmin.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa mielenterveyspotilaiden kokemuksia kotiutumisen tarkistuslistasta psykiatrisen sairaalan suljetuilla osastoilla. Opinnäytetyö on osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelujen omahoitajamallin kehittämishanketta. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää mielenterveyspotilaiden onnistunutta kotiutumista.

Opinnäytetyö toteutetaan laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineisto kerätään opinnäytetyön tekijöiden laatimalla avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella kahdelta psykiatrisen sairaalan suljetulta osastolta. Opinnäytetyön aineisto analysoidaan induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita hyödyntäen.

2 Keskeisten käsitteiden tiedonhaun kuvaus

Teoriatietoa haettiin sekä englanninkielisillä että suomenkielisillä hakusanoilla *schizophrenia*, *discharge process*, *checklist*, *discharge*, *discharge planning*, *psychiatric care*, *kotiutuminen*, *kotiutumisprosessi*, *psykiatrinen potilas*, *psykiatrinen hoito* sekä *tarkistuslista*. Käytetyt tietokannat aineistonhaussa olivat PubMed, CINAHL, Ovid ja Medic. Eri-laisia hakuyhdistelmiä koetettiin edellä mainituissa tietokannoissa. (Liite 1.) Käsihakuja tehdessä hyödynnettiin aiemmin tehtyjen opinnäytetöiden, pro gradujen sekä väitöskirjojen lähdeluetteloja. Hakua laajennettiin hoitotieteellisiin artikkeleihin, joita etsittiin lehdistä *Advances in Nursing Science*, *Journal of Clinical Nursing* sekä *Hoitotiede*. Tietoa etsittiin myös tunnettujen yhdistysten ja säätiöiden, kuten Hotus, Tenk, ETENE, Hoitotieteen laitos, Duodecim sekä Julkari, internetsivuilta. Oppikirjoja käytettiin kotiutumisen terminologiaa, laadullista tutkimusmenetelmää ja sisällönanalyysejä määritellessä. Oppikirjat sisälsivät tuoretta sekä suhteellisen pysyvää ja muuttumatonta tietoa, joten oppikirjojen käyttö tässä yhteydessä oli opinnäytetyön tekijöiden mielestä perusteltua.

3 Mielenterveyspotilaan kotiutuminen

3.1 Mielenterveyspotilas ja mielenterveystyö

Mielenterveys määritellään psyykkiseksi hyvinvoinniksi, joka tukee arkielämää ja auttaa selviytymään elämän vastoinkäymisistä. Hyvään mielenterveyteen yhdistetään onnellisuus ja myönteinen suhtautuminen elämään. Mielenterveys kuitenkin vaihtelee ihmisen eri elämäntilanteissa, ja suru sekä vastoinkäymiset ovat osa ihmiselämää. Mielenterveyteen vaikuttavat ihmisen sisäiset ja ulkoiset tekijät. Sisäisiä tekijöitä ovat muun muassa itsetunto ja minäkäsitys, sosiaalisen tuen saanti, fyysinen terveys ja kasvu ympäristö. Ulkoisia mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä taas ovat muun muassa yhteiskunnalliset tekijät, kuten kouluttautumis- ja työskentelymahdollisuudet, vallitsevat arvot ja ilmapiiri. (Noppi – Kiiltomäki – Pesonen 2007.)

Mielenterveyshäiriöstä on kyse silloin, kun ihminen kärsii pitkään jatkuvista oireista, jotka heikentävät hänen elämänlaatuaan ja toimintakykyään. Mielenterveyshäiriöiden taustalla on psyykkisiä, somaattisia sekä yhteiskunnallisia tekijöitä. Mielenterveyshäiriöt luokitellaan oireiden ja vaikeusasteen perusteella. Suomessa virallisena tautiluokituksena on käytössä Maailman terveysjärjestön ICD-10-luokitus (International Classificati-

on of Diseases). Mielenterveyden häiriöitä ovat esimerkiksi mielialahäiriöt, psykoosisairaudet, ahdistuneisuushäiriöt, psyykkiset kriisit ja stressireaktiot, fysiologisiin tekijöihin liittyvät käytöshäiriöt, persoonallisuushäiriöt sekä päihteiden aiheuttamat häiriöt. (Noppari ym. 2007.)

Mielenterveystyön tarkoitus on edistää mielenterveyttä sekä ehkäistä, hoitaa ja kuntouttaa mielenterveyden häiriöitä. (Lehtinen – Taipale 2005). Mielenterveystyö perustuu mielenterveyslakiin. Mielenterveyslaissa mielenterveystyö määritellään muun muassa yksilön psyykkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämiseksi sekä mielenterveyshäiriöiden ehkäisemiseksi, lievittämiseksi ja parantamiseksi. Mielenterveyslaki määrää, että mielenterveyshäiriöistä kärsiville henkilöille kuuluu heidän tarvitsemansa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Lain mukaan osa mielenterveystyötä on myös mielenterveyshäiriöiden synnyn ehkäiseminen, mielenterveystyön edistäminen ja palvelujen tukeminen elinolosuhteita kehittämällä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 1.) Mielenterveyslain tarkoituksena on myös turvata mielenterveyspotilaan hoidon saanti. Mielenterveyspotilaalla saattaa esiintyä sairaudentunnottomuutta, jolloin hänet voidaan tarvittaessa määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Mielenterveyslain edellytyksiä tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamiseen on kolme: henkilön todetaan olevan mielisairas, henkilö on hoidon tarpeessa niin, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta tai muut mielenterveyspalvelut eivät sovi henkilön hoitamiseksi. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 8.)

Mielenterveyspotilaat voivat olla haasteellinen potilasryhmä. Mielenterveyspotilaiden hoitoajat ovat usein pitkiä, heidän vuorovaikutustaitonsa saattavat olla puutteelliset, heillä saattaa olla ongelmia oman sairautensa tiedostamisessa sekä motivaatio-ongelmia oman sairautensa hoitoon sitoutumisessa. Mielenterveyspotilaan hoitotyössä korostuu ammatillinen vuorovaikutusosaaminen ja moniammatillinen yhteistyö. Mielenterveyspotilas voi sairautensa vuoksi olla erittäin haavoittuvainen. (Noppari ym. 2007.)

3.2 Kotiutuminen

Kodin merkitys ihmiselle on yksilöllinen. Hyvinvointia tukeva ympäristö on ihmiselle tärkeä voimavara. Ympäristö mielletään hyvinvoinnin lähteeksi. Omassa kodissa asuminen on tärkeä elämänhallinnan säilymiselle ja siihen liitetään vapauden tunne sekä elämänhistoria. Muistot vahvistavat kotiin kiintymisen tunnetta. Nämä tunteet voivat tukea ihmisen hyvinvointia. (Juvani – Kyngäs – Isola 2006.)

Kotiutuksella sairaalasta ei ole olemassa yhtä kattavaa määritelmää, suomenkielisessä tutkimuksessa käytetään käsitteenä muotoja sairaalasta kotiuttaminen ja kotiutus toisensa synonyymeina. (Autio 1996). Englanninkielisessä tutkimuksessa kotiuttamisen ja kotiutuksen vasteena käytetään sanaa ”discharge”, joka tarkoittaa kotiuttaa sairaalasta, päästää kotiin, mutta myös muun muassa vapauttaa, purkaa, erottaa, lähettää sekä laskea. (Hurme – Pesonen – Syväoja 2000). Englanninkielisessä tutkimuksessa käytetyjä käsitteitä ovat myös ”discharge planning” eli kotiutumisen/kotiuttamisen suunnittelu sekä ”discharge process” eli kotiutusprosessi.

Kotiutumisen suunnitteluun kuuluu kotiutumisen organisointi sekä potilaan valmistaminen kotiutumiseen. Kotiutusprosessi tarkoittaa ajanjaksoa, jolloin potilasta tuetaan kotiutumaan. Kotiutuksen suunnittelu kuuluu osana tähän prosessiin. (Kivelä – Seittenranta – Jäntti 2007; Jewell 1993.) Kotiutusprosessin katsotaan alkavan potilaan saapuesssa sairaalaan ja päättyvän potilaan pärjäämiseen kotona tai hoidon alkamiseen jatkohoitopaikassa. Kotiutusprosessin tarkoitus on potilaalle hyvä ja turvallinen tapa kotiutua. Hyvä kotiutusprosessi on myös taloudellista. Kotiutusprosessin ollessa hyvä ei potilaan jatkohoitopaikan tarvitse tehdä uudestaan edellisen organisaation tehtäviä, eikä erikoissairaanhoidon tarvitse pitää hoitopaikkoja jatkohoidon odotuspaikkoina. (Nieminen ym. 2002.) Kotiutusprosessin aikana on tarkoitus tukea potilasta niin, ettei sairaalajakso pitene ja niin ettei potilas joutuisi heti kotiututtuaan uudestaan sairaalaan. (Bull 1994). Kauan sairaalassa olleen potilaan toimintakyky on huomattavasti alentunut ja potilas tarvitsee enemmän tukea kuin ennen sairaalaan joutumistaan. (Jewell 1993). Tästä syystä kotiutumisen tulisikin olla suunniteltua, moniammatillista ja organisaatiot yhdistävää. Kotiutusprosessin onnistumiseen vaaditaan moniammatillista yhteistyötä. Tiedon kulun eri organisaatioiden välillä tulisi olla saumatonta. (Pöyry – Perälä 2003.) Kotiutusprosessi on herkkä epäonnistumisille. Epäonnistumiset saattavat johtua huonosta kommunikaatiosta potilaan ja hoitohenkilöstön välillä sekä sairaalan ja avohoidon välillä. (Jewell 1993.) Hoitopolku tai hoitoketju kuvaa potilaan siirtymistä kotoa avohoidon palveluihin tai laitokseen, laitoksen sisällä toiselle osastolle, laitoksesta toiseen laitokseen tai laitoksesta kotiin. Hoitopolun saumaton kulkeminen vaatii eri ammattiryhmien sekä eri organisaatioiden saumatonta yhteistyötä. Hoitopolussa asiakkaalla on oikeuksia: hän on osallistuva ja aktiivinen jäsen sekä selvillä hoitopolun kokonaisuudesta. (Hägg – Rantio – Suikki – Vuori – Ivanoff-Lahtela 2007.)

Kotiutumiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa neljään pääryhmään: 1) potilaan taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli, terveydentila 2) toimintakyky (fyysinen, psyykinen ja sosi-

aalinen) 3) asuinolosuhteisiin vaikuttavat tekijät 4) sosiaalinen tuki (omaiset, ystävät). (Karppinen 1994). Arvioituaan potilaan sairaalahoidon tarpeen, osaston lääkäri päättää yhdessä hoitohenkilökunnan, potilaan sekä omaisten kanssa potilaan kotiutumisesta. Kotiutumispäätös tulisi tehdä viimeistään muutamaa päivää ennen potilaan kotiutumisesta, jotta saadaan tarpeeksi aikaa huolella suunniteltuun kotiutumiseen. Hyvä kotiutumisen valmistelu kuitenkin alkaa jo potilaan saavuttua osastolle. (Perälä – Hammar 2003; Kivelä ym. 2007; Nieminen ym. 2002.) On tärkeää, että kotiutuminen suunnitellaan huolella ja että suunnitteluun otetaan mukaan itse potilas, hänen omaisensa sekä mahdolliset avohoidon kontaktit. (Hägg ym. 2007). Lääkärin tulisi kirjoittaa hyvissä ajoin valmiiksi siirtoepikriisi, reseptit, hoitotarvikelähetteet ja muut tarvittavat asiakirjat. Näin hoitajalla olisi aikaa valmistella ja keskustella sekä potilaan että omaisten kanssa heille heränneistä kysymyksistä. (Perälä – Hammar 2003.) Laadukkaasta hoitotyöstä kirjoittaneet Outinen ym. (1993) ovat tutkineet laatua potilastyössä ja haastatelleet potilaita. Kotiuduttua potilaille merkitsee paljon tiedonsaanti sekä hoidon jatkuvuus. Potilaat tahtovat tietää, keneen voi ottaa yhteyttä kotiutumisen jälkeen, mikäli kysymyksiä ilmenee, komplikaatioiden riskit sekä tiedon siitä, mitä saa ja täytyy tehdä. (Outinen – Holma – Lempinen 1993.) Potilaat toivovat, että keskustelu kotiutumisesta aloitettaisiin jo hyvissä ajoin, jopa kaksi päivää ennen kotiutumista. (Nieminen ym. 2002). Potilaat toivovat, että tietoa saisi vähitellen asia kerrallaan, ja että myös omaiset saisivat ohjausta. Selkeät jatkohoidot turvaavat hoidon jatkuvuuden. (Perälä – Hammar 2003.)

Sairaalaista kotiutuminen ei aina suju hyvin. Osa potilaista palaa sairaalaan ja osa taas kulkee edestakaisin sairaalan ja kodin välillä. (Koponen 2003; Perälä – Hammar 2003.) Ongelmia on myös liian aikaisessa kotiuttamisessa potilaan näkökulmasta, hoitoaikojen lyhenemisessä sekä hoitajien ajanpuutteessa. (Pahikainen 2000). Ongelmia syntyy, jos kotiutumista ei suunnitella tarpeeksi hyvin. Tästä syystä kotiutumisen suunnittelu tulisi aloittaa välittömästi potilaan saavuttua sairaalaan. (Kivelä ym. 2007; Nieminen ym. 2002; Perälä – Hammar 2003.) Joskus lääkäri joutuu tekemään nopeita kotiutumispäätöksiä osaston potilaspaikkojen pulan vuoksi. Lääkärin nopeat kotiuttamispäätökset lääkäri kierron aikana saavat yksimielisen tuomion sekä sairaalan hoitohenkilökunnalta että kotihoitoon henkilökunnalta. Liian aikaiset kotiutukset yleensä johtavat potilaan sairaalaan palaamiseen. Kotihoito pitää myös mahdollisena perjantaipäivien kotiuttamiset resursseihin vedoten. Tämä olisikin hyvä huomioida kotiutuspäivää suunnitellessa. (Kivelä ym. 2007.) Joskus kotiutuminen myös viivästyy. Suurin viiveen syy on jatkohoitopaikan puute. Muita viiveen syitä ovat apuvälineiden odottaminen, potilaan vastustaminen, tuloksien saamisen odottelu, kotihoitoon kykenemättömyys ottaa potilasta vielä vastaan, omaisen vastustaminen, jatkohoitopaikan yhteydenoton viipyminen,

kotiutuspäivän päättämättömyys ja papereiden teon keskeneräisyys. (Nieminen ym. 2002.) Kotiutumista vaikeuttavia tekijöitä on useita ja ne usein myös jakavat mielipiteitä. (Kivelä ym. 2007). Seuraavat tekijät voivat osaltaan vaikeuttaa kotiutumista: huomattavan iäkäs kotiutettava, äskettäin leskeksi joutunut potilas, lapseton potilas, potilaan huono taloudellinen tilanne tai juuri eronnut potilas. (MacMillan 1994).

Kotiutussuunnitelman tekemisessä ei ole systemaattista ja yhtenäistä käytäntöä, minkä vuoksi kotiutussuunnitelmat ovat hyvin kirjavia. Myös suunnitelman kirjaamisessa voi olla ongelmia. Kirjaamiset saatetaan tehdä eri osiin sähköisessä kirjaamisessa. Osastoilla on paljon hoitajien sijaisia, joten kirjaamiset tulisi löytää samasta paikasta osastosta riippumatta. Potilas ja omaiset saavat harvoin osallistua kotiutussuunnitelman tekemiseen. Näin ollen he eivät voi myöskään sitoutua suunnitelmaan. Aikaiset yhteydenotot jatkohoitopaikkoihin ja kotihoitoon unohtuvat usein ja toteutuvat vasta kotiutuspäivää edeltävänä päivänä tai jopa kotiutumispäivänä. Kotiutussuunnitelman tekemiseen olisi suositeltavaa saada yhteisiä käytänteitä. Sairaalan hoitohenkilökunnalla ja kotihoidon henkilökunnalla voi olla eriäviä mielipiteitä yhteistyön sujuvuudesta. Kotihoidosta vain yksi kolmasosa ajattelee yhteistyön sujuvan, kun taas sairaalan henkilökunnasta yli puolet on sitä mieltä, että yhteistyö sujuu hyvin. Kaiken kaikkiaan sekä kotihoidon että sairaalan henkilökunnan mielestä kotiutuminen sujuu hyvin. Usein omaiset vastustavat kotiutumista, mikäli heillä ei ole resursseja hoitaa potilasta. Tämä usein helpottuu usean ottamalla omaiset enemmän mukaan kotiutuksen suunnitteluun. (Kivelä ym. 2007.)

Osa potilaista kotiutuu itsenäisesti kun taas osa potilaista tarvitsee kotiutumisen tueksi erilaisia palveluita, kuten kuntoutusta, välineiden vuokrausta, sairaanhoitoa tai tukea arkipäivän puuhiin. Omahoitajan tehtäviin kuuluu ilmoittaa muille työntekijöille, kuten psykologille, toimintaterapeutille ja fysioterapeutille potilaan saapumisesta osastolle sekä hänen mahdollisesta hoidon tarpeestaan. Näin heidänkin osuutensa saadaan käynnistettyä viiveettä. Mahdollinen kotihoidon tarve tulisi myös arvioida ja kotiutuspäivä ilmoittaa potilaan alueen kotihoitoon. Suomessa kotiuttaminen voi tapahtua eri tavoin. Kotiuttamisesta voi huolehtia erillinen kotiutushoitaja, kotiutustiimi tai potilaan omahoitaja. Tehostetussa kotiuttamisessa yhteistyöhön otetaan mukaan joko kotisairaala tai kotihoito. Kotiutuminen sairaalasta mielletään hoidon kriittisimmäksi vaiheeksi, jossa voi mennä moni asia pieleen. Kotiutustoiminnan yhtenäiset käytänteet ja riittävän ajoissa tapahtuva suunnittelu sekä potilaan tukeminen ja tiedon anto on käytännön työssä tärkeää. (Hägg ym. 2007.) Yleisimmin ongelmana potilaan kotiutumisessa on tiedonkulku. Myös potilaan ohjaaminen saattaa aiheuttaa ongelmia. Eri-ikäisten ja eri

mielentilassa olevia potilaita tulee ohjata eri tavoin, eikä hoitajan ole aina helppoa hahmottaa potilaan kotioloja. Tästä syystä omaisten ottaminen mukaan ohjaus- ja kotiuttamistilanteisiin on perusteltua ja suositeltavaa. (Perälä – Hammar 2003.)

3.3 Mielenterveyspotilaan kotiutumisen erityispiirteitä

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 1.) Lain keskeisinä periaatteina ovat palvelutarjonnan kattavuus, avohoidon ensisijaisuus ja asiakkaan oma-aloitteisuuden ja vapaaehtoisen hoitoon hakeutumisen tukeminen. (Hägg ym. 2007). Mielenterveyspotilaiden hoitoon osallistuvat yleensä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhoidon, sosiaalityön sekä kolmannen sektorin erilaiset järjestöt. Tavallisimmin potilaat kärsivät masennuksesta, skitsofreniasta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Usein heillä on myös päihdeongelma. (Hägg ym. 2007.)

Psyykkisesti sairaat potilaat tarvitsevat enemmän tietoa sairaudestaan, kuin mitä lääkärin mielestä potilaille pitäisi kertoa. Tiedon aiheuttama hyöty ja haitta on samankaltaista niin somaattisesti kuin psyykkisesti sairaalla potilaalla. On siis sama, mitä potilas sairastaa, sillä tiedon tarve on suuri joka tapauksessa ja saatu tieto helpottaa potilasta sekä omaisia hyväksymään sairauden. Enemmän tietoa kaipaavat kaupunkilaiset ja korkeammin koulutetut, kuin maalaiskunnissa asuvat ja alemman koulutustason omaavat. Tämä saattaa johtua kaupunkilaisten ja korkeammin koulutettujen suuremmasta vaatimustasosta. (Hotti 2004).

Psyykkisesti sairaiden potilaiden hoitomuotoja on yhtä monta kuin on diagnoosejakin. Depressiopotilaat tarvitsevat lähinnä lääkehoitoa ja avohoidon hoitokontaktia, kun taas skitsofreniapotilaat tarvitsevat usein monimuotoisia hoitomuotoja sairaalajaksoineen. (Hotti 2004.) Sairaalaan kotiutetut skitsofreniapotilaat ovat useimmiten naimattomia, yksinäisiä ja he kuuluvat alempiin sosiaaliryhmiin. Valtaosa heistä on työkyvyttömyyseläkkeellä. Sairaaloista kotiutetaan vuosi vuodelta huonokuntoisempia potilaita ja potilailla on psyykkisten oireiden lisäksi somaattisia sairauksia. Skitsofreniapotilaan heikentyneen sairaudentunnon vuoksi avohoidossa joudutaan psyykkisten oireiden lisäksi huomioimaan potilaan somaattisen hoidon tarve. Tämä nähdään haasteena avohoidolle. (Salokangas – Stengård – Honkonen – Koivisto – Saarinen 2000.)

Skitsofreniapotilas on yleensä aloitekyvytön ja vetäytynyt ja ihmissuhteissa usein rajoittunut. Suurimpina toimintakyvyn rajoitteina ovat lisääntynyt kyvyttömyys huolehtia kodista, lääkehoidosta, rahan käytöstä ja hätätilanteista. Potilaiden sosiaalisen vuorovaikutuksen rajallisuus ja siitä johtuva yksinäisyys on suuri ongelma, sillä se laukaisee usein potilaan aloitekyvyttömyyden ja vetäytyneisyyden, saattaa johtaa lääkityksen lopettamiseen ja sekasortoiseen elämään, päättyen lopulta sairaalaan palaamiseen. Hoidossa laaja-alaisesti toimintakyvyltään rajoittuneiden potilaiden hoito vaatii ehdoton yhteistyötä sairaalan, avohoidon sekä potilaan omaisten ja muun sosiaalisen verkoston kanssa. Skitsofreniapotilaiden kotiuttamisessa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota potilaan jatkohoitoon ja siinä erityisesti lääkehoidon jatkuvuuteen sekä päivittäisten toimintojen hallinnan harjoitteluun ja sosiaalisen vuorovaikutuksen paranemiseen. (Salokangas ym. 2000.)

Potilaan tavallisin syy sairaalaan palaamisessa on lääkehoidon itsenäinen keskeyttäminen. Potilaan ollessa sairaalassa tulisi sairaalan, avohoidon sekä omaisten ja potilaan sopia yhteisistä käytänteistä oireiden uhatessa ottaa vallan. Tarkastuskotikäynnit sekä omaisten yhteydenpito silloin, kun potilas ei siihen kykene, ovat hyviä keinoja estää potilaan palaamista sairaalaan. (Salokangas ym. 2000.)

Erityishuomio potilasta kotiuttaessa tulee kiinnittää keski-ikäisiin miespotilaisiin, jotka luovat suuremman riskin avohoidon epäonnistumiselle. Keski-ikäiset miespuoliset skitsofreniapotilaat ovat usein yksin asuvia ja yksinäisiä. Heidän tautinsa kroonistuu useammin kuin naisilla ja heillä on naispotilaita useammin päihdeongelma. (Salokangas ym. 2000.)

4 Tarkistuslista

4.1 Tarkistuslistan käyttö yleisesti

Tarkistuslista on apuväline, joka muistuttaa siitä, mitä pitää tehdä tai ottaa huomioon. Sen avulla myös varmistetaan, ettei mitään oleellista ole jäänyt tekemättä. Tarkistuslistan tavoite on havaita riskit ja virheet aikaisessa vaiheessa. Hoitotyössä tarkistuslistan tarkoitus on lisätä potilasturvallisuutta ja se on yleisimmin käytössä leikkaussalitekentelyssä. (Aaltonen – Rosenberg 2013.)

Hoitotyössä käytettävät tarkistuslistat ovat hyödyksi potilaan hoitotyössä ja niiden kehittämiseen tulisi edelleen kiinnittää huomiota. Tarkistuslistaa laatiessa tulisi ottaa huomioon, millaiseen käyttöön ja kenen käytettäväksi listaa tehdään. Tarkistuslistassa olevat asiat tulisi olla esillä selkeästi ja helposti ymmärrettävässä muodossa sekä loogisessa järjestyksessä. Tarkistuslistaa käyttävien tulisi olla hyvin perillä listan tarkoituksesta eli siitä, mitä varten lista on luotu. Tarkistuslistan läpikäyminen ei saa olla liian kuluttavaa hoitajalle eikä potilaalle. Tarkistuslistaa käytetään hoitajan apuvälineenä, mutta hoitajan tulee myös kyetä itsenäiseen päätöksentekoon. (Hales – Terblanche – Fowler – Sibbald 2008: 24–28.)

Maailman terveysjärjestö WHO kehitti vuonna 2007 19-kohtaisen tarkistuslistan leikkaussaleihin. WHO:n leikkaustiimeille tarkoitetun tarkistuslistan käytöstä on hyötyä leikkausprosessissa ja sen avulla potilasturvallisuus on parantunut muun muassa henkilöllisyyden varmistamisen, leikkauriskeistä keskustelemisen, verivarausten ja anestesiavälineiden varmistamisen sekä vaikeaan intubaatioon valmistautumisen osalta. (Kotkansalo ym. 2009). WHO:n tarkistuslistan on vähentänyt potilaskuolleisuutta sekä komplikaatoriskiä leikkaussalityöskentelyssä ympäri maailman. Tarkistuslista on tehokas väline, jolla voidaan varmistaa potilaiden hoidon saamisen perusvaatimukset. (Weiser ym. 2010.)

4.2 Kotiutumisen tarkistuslista

Kotiutumisen tarkistuslistan tarkoitus on edistää hyvää kotiutumista. Tavoitteena on huolehtia potilaan selviytymisestä kotioloissa. Kotiutumisen tarkistuslista on todettu hyödylliseksi esimerkiksi vauvan kotiinlähdön tai osastosiirron yhteydessä. (Aaltonen – Rosenberg 2013: 276–277).

Tässä opinnäytetyössä keskityttiin erään psykiatrisen sairaalan osastojen käytössä olevaan kotiutumisen tarkistuslistaan. Tässä tarkistuslistassa tarkistettavia asioita ovat seuraavan avohoitoajan tarkat tiedot, muistutus lääkityksen läpikäymisestä, potilaan lähiverkosto, arjesta selviytymiseen liittyvät tekijät, kuten kodinhoito ja raha-asioista huolehtiminen, potilaan voimavarat ja varomerkit sekä tärkeät puhelinnumerot, joihin potilas voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. (Liite 2.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa mielenterveyspotilaiden kokemuksia kotiutumisen tarkistuslistasta psykiatrisen sairaalan suljetulla osastolla. Opinnäytetyö oli osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelujen omahoitajamallin kehittämishanketta. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää mielenterveyspotilaiden onnistunutta kotiutumista.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys:

1. Miten mielenterveyspotilaat kokevat tarkistuslistan käytön?
 - Mitä hyvää tarkistuslistassa on potilaiden mielestä?
 - Mitä kehitettävää tarkistuslistassa on potilaiden mielestä?

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Tutkimusmenetelmä

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa kerätään yleensä haastattelemalla, kyselyillä, havainnoimalla tai erilaisiin dokumentteihin tutustumalla. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 71). Toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa, laadullisen tutkimuksen tutkimusaineistoa säätelee määrän sijaan laatu ja yksi keskeisimpiä laadullisen tutkimuksen tavoitteita on tutkimuskohteen ymmärtäminen. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2001: 168; Vilkkä 2005:126.) Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena voidaan pitää jo olemassa olevien väittämien löytämistä ja paljastamista. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2001: 152.)

Opinnäytetyö toteutettiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen, sillä työssä halusimme selvittää potilaiden kokemuksia. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto myönsi opinnäytetyölle tutkimusluvan 2.7.2014. Tutkimus suoritettiin opinnäytetyön tekijöiden laatimalla avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella (Liite 3). Opinnäytetyön tekijät laativat myös kaksi erillistä saatekirjettä, toisen potilaille ja toisen hoitajille (Liitteet 4 ja 5). Lisäksi potilaille oli laadittu kyselyn täyttämistä helpottamaan kyselyn täyttöohje (Liite 6). Lomakkeet sekä saatekirjeet vietiin henkilökohtaisesti osastoille 14.8.2014 ja haettiin osastoilta suljettuina kirjeinä 31.10.2014.

6.2 Aineistonkeruu

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmä oli laadullinen, avoimia kysymyksiä sisältävä kysely. Kyselyn avulla saadaan selville, mitä henkilöt ajattelevat, tuntevat ja uskovat (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2001:199).

Tutkimusaineisto kerättiin kahdelta psykiatrisen sairaalan suljetulta osastolta. Tutkimusaineistoon valittiin kuusitoista (n=16) elo-lokakuussa 2014 osastoilta kotiutunutta potilasta, joiden kotiutumisprosessissa tarkistuslistaa käytettiin. Tutkimus suoritettiin opinnäytetyön tekijöiden laatimalla kyselylomakkeella. Osastoille vietiin yhteensä kolmekymmentä kyselyä, joista saatiin täytettyinä takaisin seitsemäntoista. Yksi kyselylomake jouduttiin hylkäämään, koska se ei antanut tutkimuksen kannalta oleellista tietoa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, eikä millään tavalla vaikuttanut potilaan kotiutumiseen.

Lomake koostui kahdesta osiosta. Ensimmäisessä osiossa selvitettiin vastaajien taustatietoja. Potilaan taustatiedoista selvitettiin sukupuoli, ikä, siviilisäätty (naimaton, avo-/avioliitossa, eronnut, leski), asumistilanne ja -muoto (asuuko yksin vai jonkun muun kanssa, asuuko yksityisasunnossa, palveluasunnossa, tukiasunnossa, kuntoutuskodissa tai muussa), koulutustausta (korkeakoulututkinto, ammattitutkinto, opisto-tasoinen tutkinto, ylioppilastutkinto, peruskoulu tai muu koulutustausta), työtilanne (ansiotyössä, opiskelija, työtön, eläkkeellä) sekä päättyvän osastohoitojakson pituus. Edellä mainittujen taustatietojen selvittäminen oli tutkimuksen kannalta oleellista, sillä kyseiset seikat voivat vaikuttaa kotiutumisen onnistumiseen ja kotona selviytymiseen. Lomakkeen toinen osio sisälsi avoimia kysymyksiä potilaan mielipiteestä tarkistuslistan käytöstä; sen hyödyistä ja kehitettävistä seikoista.

Koska opinnäytetyön seurantaryhmään osallistuneet olivat mielenterveyspotilaita, kuuluivat he niin sanottuun haavoittuvaan ryhmään (Moule – Hek 2011). Potilaan hoidosta vastaavan osaston henkilökuntaa pyydettiin saatekirjeessä arvioimaan potilaan kyky vastata lomakkeeseen. Hoitajien saatekirjeessä ohjeistettiin hoitajia lomakkeen antamisessa, täyttämässä sekä sulkemisessa kirjekuoreen. Hoitajia ohjeistettiin kertomaan potilaille osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta kieltäytyä missä vaiheessa lomakkeen täyttöö tahansa.

Opinnäytetyön tekijät eivät missään vaiheessa tavanneet potilaita tai saaneet potilaiden henkilötunnusta tai nimeä selville. Potilaat sulkivat itse täyttämänsä lomakkeet kirjekuoreen.

reen ja näin varmistuivat, ettei lomakkeeseen tule mitään lisätietoa. Näin tutkittavien henkilöllisyys pysyi salassa koko tutkimuksen ajan. Opinnäytetyön tekijät hakivat suljetut kirjekuoret osastoilta 31.10.2014.

6.3 Aineiston analyysi

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2001: 207). Analyysivaiheessa saadaan selville, miten tutkimukseen osallistuneet vastaavat tutkijoiden asettamiin tutkimuskysymyksiin. Aineiston käsittely ja analyysi on hyvä aloittaa mahdollisimman pian aineiston keräämisen jälkeen.

Sisällönanalyysissa kirjoitettu tai puhuttu aineisto puretaan ja analysoidaan. Tiivistetyssä muodossa aineistosta saadaan paremmin esiin asioiden ja tapahtumien yhteydet, jotka ovat yleistettävissä. Sisällönanalyysin vaiheita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu, aineiston tulkinta ja sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 21–24.)

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita hyödyntäen. Induktiivisessa sisällönanalyysissa käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. Induktiivinen aineistonanalyysi alkaa aineiston pelkistämällä, jossa analysoitava aineisto tiivistetään karsimalla tutkimukselle epäolennainen informaatio pois. Ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja muodostetaan niistä alaluokkia. Alaluokat ryhmitellään edelleen yläluokiksi ja pääluokiksi. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109–112.)

Aineiston analysointi aloitettiin määrittelemällä analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause tai useita lauseita. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110). Analyysiyksiköksi valikoitui sana tai lausahdus. Aineisto käytiin läpi lukemalla kyselylomakkeet useaan kertaan molempien opinnäytetyön tekijöiden toimesta ja etsimällä vastauksia tutkimuskysymykseen. Tutkimuskysymykseen vastaavat alkuperäisilmaukset alleviivattiin. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin eli redusoiitiin tiivistämällä niissä oleva informaatio, jättäen oleellinen sisältö esiin. Pelkistykset kirjoitettiin erilliselle paperille. Tämän jälkeen aineisto ryhmiteltiin eli klusteroitiin, joka tarkoittaa samankaltaisuuksien etsimistä alkuperäisilmauksista. Samankaltaisuudet yhdistettiin vetämällä apuviivat samankaltaisista pelkistyksistä ja nimeämällä post it -lapulle sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Pelkistysten ryhmittelystä syntyi alaluokkia, jotka koottiin taulukkoon. Taulukossa alaluokista saatiin

ryhmiteltyä yläluokkia ja yläluokat ryhmiteltiin edelleen pääluokiksi, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Käsitteellistämisessä eli abstrahoinnissa edetään alkuperäisilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Ryhmittely on osa käsitteellistämisprosessia. Lopulta käsitteiden yhdistämisen pohjalta saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 109–112.) Taulukossa 1. on esitetty esimerkki sisällönanalyysin luokkien muodostumisesta.

Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysin luokkien muodostumisesta

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Voi kartoittaa miten elämä jatkuu kotiutumisen jälkeen.			
Muistaa ulkomaailman.	Elämän jatkuminen hoidon jälkeen	Listasta saatu apu ja hyöty	Potilaiden kokemukset
Antaa uusia työvälineitä kotiutumiseen.			

7 Tulokset

Sisällönanalyysin avulla etsittiin vastauksia tutkimuskysymykseen ”Miten mielenterveyspotilaat kokevat tarkistuslistan käytön?”. Aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyn tuloksena syntyi 15 alaluokkaa. Alaluokat luokiteltiin edelleen yläluokiksi, joita olivat *listasta saatu apu ja hyöty*, *kotiutumisen herättämät tunteet*, *listan vahvuudet* sekä *listan kehitysideat*. Lopulta muodostui kaksi pääluokkaa, joiden avulla pystyttiin vastaamaan tutkimuskysymykseen. Pääluokiksi muodostuivat *potilaiden kokemukset* ja *listan sisältö*.

7.1 Potilaiden kokemukset

Pääluokka *potilaiden kokemukset* muodostui kahdesta yläluokasta: *listasta saatu apu ja hyöty* sekä *kotiutumisen herättämät tunteet*. Alaluokkia, joista yläluokat muodostuivat, oli yhdeksän ja ne olivat *elämän jatkuminen hoidon jälkeen*, *arjen hallinta*, *henki-*

nen tuki, kannustamisen kokemus, ymmärrys itsestä, helpotus, positiivisuus, toivo ja halu päästä kotiin. Taulukossa 2. on kuvattu näiden luokkien muodostuminen.

Taulukko 2. Kuvaus potilaiden kokemuksista

PELKISTYKSET	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	PÄÄLUOKAT
Voi kartoittaa miten elämä jatkuu kotiutumisen jälkeen	Elämän jatkuminen hoidon jälkeen	Listasta saatu apu ja hyöty	Potilaiden kokemukset
Muistaa ulkomaailman			
Antaa uusia työvälineitä kotiutumiseen			
Valottaa omaa toimintakykyä arjessa	Arjen hallinta		
Tukea hygienian ja siisteyden hoidossa			
Voi jäsentää voimavaroja ja arjesta selviytymistä			
Henkinen tuki			
Turvaa			
Auttaa eteenpäin positiivisesti	Kannustamisen kokemus		
Tarkistuslista kannusti			
Omien piirteiden huomaaminen	Ymmärrys itsestä		
Lisäsi ymmärrystä omasta tilanteesta			
Helpotus	Helpotus	Kotiutumisen herättämät tunteet	
Helpottavaa			
Hyviä tunteita	Positiivisuus		
Positiivisia tunteita			
Positiivinen			
Miellyttävä			
Iloa ja innostusta			
Toiveikkaus	Toivo		
Uusi alkua			
Kokemusta rikkaampi			
Mukava päästä pois	Halu päästä kotiin		
Halu päästä kotiin			
Mukava kotiutua			

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että kotiutuvat potilaat suhtautuivat kotiutumiseen pääsääntöisesti toiveikkaasti ja hyvillä mielin. Kotiutuminen herätti positiivisia tunteita, iloa ja helpotusta. Potilaat kokivat olevansa kotiutuessaan kokemusta rikkaampia ja pitivät kotiutumista uutena alkuna.

Olen todella helpottunut kotiinpääsystä.

Mukava kotiutua!

Uusi alku, on taas monia kokemuksia rikkaampi.

Yksi vastaajista koki olevansa jännittynyt arkeen paluusta. Kaikki kyselyyn vastanneet kokivat tarkistuslistan käytön hyvänä asiana. Useat kyselyyn vastanneet olivat sitä mieltä, että tarkistuslista selkiyttää omaa tilannetta, kartoittaa omia kykyjä ja voimavaroja sekä antaa eväitä kotiutumisen jälkeiseen elämään. Tarkistuslista auttoi arjesta selviytymisen suunnittelussa.

Auttaa ymmärtämään omaa tilannetta.

Voi kartoittaa sitä miten elämä jatkuu uloskirjautumisen jälkeen.

Tarkistuslista valoittaa omaa toimintakykyä arjessa.

Potilaiden kokemuksen mukaan tarkistuslistan käyttö luo turvaa ja antaa henkistä tukea. Yksi vastaaja kertoi tarkistuslistan läpikäymisen avulla muistavansa ulkomaailman.

7.2 Listan sisältö

Pääluokka *listan sisältö* muodostui kahdesta yläluokasta. Yläluokat olivat *listan vahvuudet* ja *listan kehitysideat*. Alaluokkia, joista yläluokat muodostuivat, oli kuusi: *jatkohoito*, *arjesta selviytyminen*, *listan kattavuus*, *varomerkit*, *tulevaisuuden suunnittelu* ja *potilaan kokemus*. Taulukossa 3. on kuvattu luokkien muodostuminen.

Taulukko 3. Kuvaus listan sisällöstä

PELKISTYKSET	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	PÄÄLUOKAT
Päivämäärät	Jatkohoito	Listan vahvuudet	Listan sisältö
Tulevien tapahtumien tiedostaminen			
Jatkohoitosuunnitelma			
Avohoidon kontakti			
Yleinen informaatio			
Omien kykyjen tiedos- taminen	Arjesta selviytyminen		
Arjen tavoitteet			
Omien vahvuuksien ja voimavarojen läpi- käyminen			
Kotiutumista hyödyt- tävien ja haittaavien tekijöiden läpikäymi- nen			
Ei ollut mitään nega- tiivista	Listan kattavuus		
Erittäin hyvä			
Ihan hyvä			
Lista hyvä			
Kaikki kohdat			
Monipuolinen	Varomerkit		
Sairauden kartoitus			
Oireiden tunnistami- nen			
Varomerkit	Tulevaisuuden suun- nittelu		
Henkilökohtaisempi elämäntilanteen ja asuinolosuhteiden kartoitus			
Lisää tulevaisuuden suunnitelmista			
Hoidosta annettava palaute			
Hoidosta saatu hyöty	Potilaan kokema	Listan kehitysideat	

Suurin osa vastaajista piti tarkistuslistaa hyvänä sellaisenaan. Tarkistuslistaa pidettiin monipuolisena ja sen kaikkia kohtia hyvinä.

Kaikki kohdat olivat ihan hyviä, koska ne voivat auttaa jotain kotiutujaa jäsentämään voimavaroja ja arjesta selviytymistä.

Tärkeimpiä kohtia tarkistuslistassa olivat vastaajien mielestä varomerkit ja tarkistuslistassa olevat yhteystiedot sekä sovitut jatkohoitajat.

Jatkohoitosuunnitelma, koska antaa varmuutta tulevaisuutta silmällä pitäen ja voi käydä läpi asiat, jotka mahdollisesti hyödyttävät tai haittaavat kotiutumista.

Oman sairauden kartoitus ja oireiden tunnistaminen oli vastaajien mielestä oleellista. Potilaat kokivat, että tarkistuslistan käyttö helpottaa siirtymistä avohoidon piiriin. Listan ulkoasu oli yhden vastaajan mukaan positiivinen. Muuten listan ulkoasuun ei otettu kantaa. Vastaajien mielestä tarkistuslistaa voisi kehittää niin, että potilaan tulevaisuudensuunnitelmat käytyäisiin läpi laajemmin ja potilaan elämäntilanne ja asuinolosuhteet kartoitettaisiin vielä henkilökohtaisemmin.

Ihan hyvä se on mutta tulevaisuuden suunnitelmia voisi lisätä vihkoon laajemmin.

Yksi vastaaja halusi tarkistuslistaa kehitettävän digitaaliseen muotoon. Osa vastaajista myös toivoi, että voisi antaa palautetta osastohoidosta tarkistuslistan yhteydessä.

8 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

8.1 Eettisyys

Opinnäytetyö tehtiin noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan eettisesti kestävien tiedonhankintamenetelmien ja tutkimusmenetelmien käyttämistä. Käytännössä tämä tarkoittaa tiedeyhteisön hyväksymiä, yleisesti sovittuja pelisääntöjä. Tutkimuksen tekemiseen kuuluu tutkimusetiikan tuntemusta, sillä se kulkee koko tutkimusprosessin ajan tutkijan rinnalla. Tutkijan on syytä pohtia omia kykyjään tehdä tutkimusta ennen tutkimuksen aloittamista, sillä puutteelliset tutkimustaidot saattavat aiheuttaa enemmän haittaa kuin hyötyä. On ajateltava ennemmin oman ammatilansa etua, kuin itseään tai omia etujaan. (Vilkkä 2005.)

Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksilla tarkoitetaan epäeettistä ja epärehellistä toimintaa, joka vahingoittaa tieteellistä tutkimusta ja pahimmillaan mitätöi sen tulokset. Loukkaukset jaotellaan vilppiin tieteellisessä toiminnassa ja piittaamattomuuteen hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja ne tehdään joko tahallisesti tai ovat tulosta tutkijan huolimattomuudesta. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset voivat olla lailla rangaistavia tekoja. Vilppi tieteellisessä toiminnassa tarkoittaa harhauttamista ja se jaetaan Suomessa neljään alakategoriaan: sepittäminen, havaintojen vääristely, plagiointi ja anastaminen. Piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä ilmenee törkeinä

laiminlyönteinä ja holtittomuutena tutkimustyön eri vaiheissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Terveyden ja sosiaalihuollon piirissä tehtyyn tutkimukseen liittyy tiettyjä erityispiirteitä. Vaikka tutkimuseettiset pääperiaatteet ovat samat kuin muissa tutkimuksissa, on terveyden ja sosiaalihuollon kontekstissa suoritettavaan tutkimukseen osallistuvat henkilöt tavallisesti jonkinlaisen hoidon piirissä tai vähintäänkin ovat olleet. Tämä lisää tutkijalle erityisiä eettisiä dilemmoja ratkaistavaksi. (Mäkinen 2006.) Jotkin potilaat lasketaan haavoittuviksi, kuten potilaat joilla on oppimishäiriö, mielenterveyspotilaat, vanhukset tai ihmiset, jotka asuvat hoitolaitoksessa, mutta haavoittuviksi potilaiksi voidaan laskea myös lapset, nuoret ja raskaana olevat naiset. Haavoittuvaan ryhmään kuuluvan ihmisen mukaan ottaminen tutkimukseen vaatii erityistä harkintaa. Myös haavoittuvan ihmisen poisjättäminen voidaan katsoa syrjinnäksi. Tärkeimmät tutkimuseettiset pääperiaatteet ja ihmisoikeudet sosiaali- ja terveysalan tutkimusta tehdessä ovat totuudenmukaisuus, oikeudenmukaisuus, hyvän tekeminen sekä luotettavuus ja kunnioitettavuus. Näitä periaatteita ja ihmisoikeuksia voidaan käyttää perusarvoina arvioidessa tutkimuksen suunnittelua ja tutkimuksessa käytettäviä menetelmiä sekä analysoidessa tutkimuksen tuloksia. (Moule – Hek 2011.)

Kaikille tutkimukseen valikoituneille olisi hyvä lähettää saatekirje, jossa osallistuville kerrotaisiin heidän osallisuutensa sekä se, että he voivat keskeyttää tutkimuksen teon kohdaltaan milloin tahansa. Saatekirjeessä tulee olla yhteystiedot mihin voi ottaa yhteyttä, mikäli kysymyksiä ilmenee. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkittavalle täytyy antaa mahdollisuus suostua tai kieltäytyä tutkimukseen tietoon perustuen. Ennen tutkimukseen suostumista tulee potilaalle kertoa, miksi juuri hänet on valittu tutkimukseen, kuinka kauan tutkimus kestää, tuleeko tutkimuksesta tutkittavalle vaivaa, voiko tutkimuksesta aiheutua tutkittavalle vaaraa tai rahallista menoa, meneekö tutkimuksessa paljon osallistujan aikaa, kuinka tutkittavan yksityisyyttä ja anonymiteettia suojellaan sekä tutkimuksen rahoittaja. Tutkittavalle on myös hyvä kertoa tutkimuksesta koituvista hyödyistä ja eduista, kuten esimerkiksi materiaalisesta hyödystä tai tutkimuksen aikana käytyjen keskustelujen tuomasta mahdollisesta lohdusta. Tieto siitä, että tutkittava saattaa tutkimukseen osallistumisellaan auttaa muita on monelle tärkeää. (Moule – Hek 2011.)

Osallistujalla on oikeus olettaa, että kaikki hänen antamansa tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja että häneen liittyvät tiedot paljastetaan vain hänen suostumuksellaan. Tutkijalla ja tutkittavilla täytyy olla yhtenäinen näkemys siitä, mihin ja miten tuotettua

tietoa käytetään ja kuinka henkilökohtaista informaatiota säilytetään. Mikäli anonymiteettia tai luottamuksellisuutta ei pystytä takaamaan, tulee tästä aina ilmoittaa tutkittavalle. (Moule – Hek 2011.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa toteutettavan tutkimuksen luottamuksellisuuden vaatimukseen liittyviin erityispiirteisiin voidaan lukea muun muassa tutkimusotoksen määrittäminen sekä tutkimuksen tiedon kerääminen. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ovat vaitiolovelvollisuutensa vuoksi kykenemättömiä luovuttamaan tutkijalle mahdollisten tutkittavien nimiä tai yhteystietoja. (Mäkinen 2006.) Tällaisia tilanteita voidaan ratkoa muun esimerkiksi siten, että alan ammattilaiset itse keräävät tutkijalle hänen tarvitsemansa tiedot. Tämä velvoittaa sosiaali- ja terveydenhoitoalan ammattilaisen keräämään tietoa yhtä tarkasti ja luotettavasti kuin hän kerää potilastietoja omaa työtään varten. Tutkimukseen tietoa keräävän työntekijän tulee käyttäytyä eettiseen ja tutkimukselliseen sävyyn, heidän täytyy pitää yllä omia periaatteitaan ja käyttäytymismallejaan sekä omata asiaankuuluvat tutkimuksen vaatimat tiedot ja taidot ja tunnustaa, mikäli heillä on puutteita yllä mainituissa asioissa. (Moule – Hek 2011.)

Tässä opinnäytetyössä eettisyys otettiin huomioon siten, että tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Vastaajilla oli oikeus olla vastaamatta kyselyyn tai keskeyttää siihen vastaaminen missä tahansa kyselyn vaiheessa. Kyselyyn vastaamatta jättäminen ei vaikuttanut potilaan saamaan hoitoon tai kotiuttamisen laatuun. Tutkimukseen vastanneiden henkilöllisyys pysyi salassa, sillä vastaajien nimeä tai muita henkilötietoja ei kysytty missään kyselyn osassa. Aineiston analyysissä vastaukset raportoitiin vastaajien tunnistettavuuden välttämiseksi vastauksittain eikä lomakkeittain. Tutkimuksen aineiston käsittely toteutettiin luottamuksellisesti niin, että tutkimuksen tekijät toimittivat henkilökohtaisesti kyselylomakkeet osastoille saatekirjeineen. Kyselyyn vastattuaan vastaajat itse laittoivat vastatun kyselyn tutkijoiden toimittamaan kirjekuoreen ja sulkivat sen. Opinnäytetyön tekijät noutivat suljetut kirjekuoret osastoilta 31.10.2014. Tutkimukseen osallistuneet vastasivat kyselyyn ennen kotiutumistaan kotiutumisen tarkistuslistan läpikäymisen jälkeen. Heille oli laadittu saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja esiteltiin hanke, johon opinnäytetyö kuuluu. Saatekirjeessä korostettiin vapaaehtoisuutta. Saatekirjeessä myös selvitettiin, millä tavalla kyselyt toimitetaan tutkimuksen tekijöille ja että miten vastaajien henkilöllisyys pysyy salassa. Kyselyn täyttämistä varten oli laadittu myös kyselyn täyttöohje. Hoitajille oli laadittu oma saatekirjeensä. Edellä mainittujen tietojen lisäksi hoitajien saatekirjeessä toivottiin hoitajia käyttämään omaa ammatillista arvostelukykypään arvioidessaan potilaan kykyä vastata kyselyyn. Aineisto säilytettiin niin, etteivät ulkopuoliset henkilöt

päässeet sitä tarkastelemaan. Aineisto hävitettiin asiakirjatuhoajalla, kun aineistoa ei enää tarvittu.

8.2 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruu, aineiston analyysi ja aineiston raportointi ovat tärkeitä vaiheita tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kannalta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida eri kriteerein. Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta päädyttiin arvioimaan tutkimusprosessin mukaan. Luotettavuutta arvioidaan tutkimusaineiston keräämisen, aineiston analysoinnin sekä tutkimuksen raportoinnin kriteerien näkökulmasta. (Nieminen 1998: 216.)

Aihetta koskevaan kirjallisuuteen ja tutkittuun tietoon perehdyttiin perusteellisesti ja myös kansainvälisiä lähteitä käytettiin. Opinnäytetyön tekijät kokivat aiheen kiinnostavaksi ja tärkeäksi, mikä lisää luotettavuutta. Heikentävänä tekijänä mainittakoon opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus tutkimuksen tekijöinä, vaikkakin tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin kriittisesti arvioimaan kaikissa tutkimuksen vaiheissa.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin tarkoituksenmukaisuusperiaatteen mukaisesti. Opinnäytetyön aineiston keräämisen kannalta luotettavuutta lisää se, että kyselyyn vastanneet potilaat olivat niiltä osastoilta, jossa kotiutumisen tarkistuslista on käytössä, sillä aineistonkeruu tulee tapahtua siellä, missä tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä esiintyy. (Nieminen 198: 216.) Aineisto kerättiin yleispsykiatrian osastolta, mikä lisää tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä ja näin ollen luotettavuutta. Aineistonkeruu tehtiin opinnäytetyön tekijöiden laatimalla avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Kyselylomake laadittiin huolellisesti pohtien, miten kysymykset asetetaan ja mitkä taustatekijät kysytään. Opinnäytetyön ohjaajat antoivat kyselylomakkeen tekovaiheessa kehitysideoita, joita hyödynnettiin. Kyselylomake laadittiin mahdollisimman selkeäksi ja helposti ymmärrettäväksi, mikä osaltaan lisää luotettavuutta. Lisäksi luotettavuutta lisää se, että potilaille oli laadittu saatekirje, joka kertoi tutkimuksen tarkoituksesta. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, mikä saattaa vähentää luotettavuutta. Hoitajia oli pyydetty arvioimaan kyselyyn vastaavien potilaiden kykyä osallistua tutkimukseen, joten vastaukset olivat asiallisia ja sisällöltään ymmärrettäviä. Tämä vähentää väärinymmärryksen riskiä ja lisää näin ollen luotettavuutta. Opinnäytetyön luotettavuutta olisi voinut lisätä se, että aineistokeruu olisi toteutettu haastattelulla, koska sen avulla olisi voinut saada tarkempaa informaatiota potilailta. Toisaalta haastattelun vaarana on se, että

haastattelijan näkökulma vaikuttaa haastatteluun, mikä taas heikentäisi tutkimuksen luotettavuutta. (Nieminen 1998: 217).

Aineiston analyysin luotettavuutta lisäävä tekijä on, että opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi. Laadullista tutkimusta tehdään usein yksin, jolloin omalle tutkimukselleen saattaa tulla sokeaksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 197). Opinnäytetyön tekijät pohtivat analyysissa esiin tulleita kohtia sekä yhdessä että erikseen. Erimielisyyksiä aineiston analyysistä ei esiintynyt vaan opinnäytetyön tekijät olivat yksimielisiä analyysin etenemisestä ja lopputuloksesta. Opinnäytetyön aineistosta kehiteltiin alaluokkia, yläluokkia ja pääluokkia laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmän mukaan. Muodostuneet luokat olivat toisensa poissulkevia eikä niitä ollut määritelty etukäteen. (Nieminen 1998: 219).

Tutkimuksen uskottavuus edellyttää selkeää tulosten kuvausta niin, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 198). Tässä opinnäytetyössä aineiston keruu ja aineiston analyysin eteneminen on pyritty kuvaamaan tarkasti, selkeästi ja ymmärrettävästi. Raportoinnissa on käytetty taulukoita apuna kuvaamaan analyysin etenemistä. Raportissa on pyritty perustelemaan lukijalle tehdyt ratkaisut, analyysin eteneminen ja lopputuloksiin päätyminen. Lisäksi raportin luotettavuutta lisäämään on käytetty suoria lainauksia.

9 Pohdinta

9.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksista käy ilmi, että yhtä vastaajaa lukuun ottamatta potilaat kokivat ainoastaan positiivisia tunteita kotiutumisesta, joten on vaikeampi arvioida, kuinka tarkistuslista vaikuttaa kotiutumista edistävasti. Se saattaa kertoa siitä, että mielenterveyspotilaat ovat kotiutumistilanteessa jo niin hyvinvoivia, ettei negatiivisia tunteita kotiutumiseen enää ole. Kotiutumistilanteessa potilaiden hoitoprosessi on jo pitkällä ja ajatus kotiutumisesta tuntuu pelkästään positiiviselta. Olisiko näin, jos tarkistuslistaa ei olisi, vai onko kotiutuminen joka tapauksessa yleisesti ottaen positiivinen kokemus? Ennakko-odotus oli, että suurempi osa potilaista kokisi kotiutumisen esimerkiksi pelottavana, jolloin olisi voinut tarkastella vielä paremmin tarkistuslistan vaikutusta kotiutumiseen. Voi olla, että

jos potilas kokisi kotiutumisen pelottavana, ahdistavana tai muuten vaikeana, hän ei vielä olisi valmis kotiutumaan.

Kyselyyn vastasi lähes yhtä paljon naisia kuin miehiä. Vastaajista naiset olivat miehiä korkeammin koulutettuja. Miespotilaiden osastohoitojakson pituus oli keskimääräisesti pidempi kuin naisten. Sukupuolella, iällä tai koulutustaustalla ei kuitenkaan ollut vaikutusta siihen, miten potilaat kokivat kotiutumisen ja tarkistuslistan käytön. Myöskään osastohoitojakson pituudella ei ollut opinnäytetyön tuloksiin vaikutusta. Potilaista valtaosa ilmoitti asuvansa yksin yksityisasunnossa. Yksin asuvatkin suhtautuivat kotiutumiseen pelottomasti ja positiivisesti, toisin kuin opinnäytetyön tekijät olettivat. Yksin asuvilla tukiverkosto ja arjesta selviytyminen saattaa kuitenkin olla heikentynyt, mikä voi johtaa sairaalaan paluuseen. (Salokangas ym. 2000). Tukiverkoston läpikäyminen tarkistuslistassa voisi olla vielä selkeämmin ja enemmän korostettua.

Opinnäytetyön tulokset tukevat jo aiemmissa tutkimuksissa ilmenneitä tuloksia siitä, että kotiutuessa potilaalle merkityksellistä on tiedonsaanti ja hoidon jatkuvuus. (Hotti 2004; Perälä – Hammar 2003). Potilaat kokevat turvalliseksi tiedon siitä, mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. (Outinen – Holma – Lempinen 1993). Myös omaisten tai muun sosiaalisen verkoston mukaan ottaminen on tutkimusten mukaan tärkeää kotiutumistilanteessa, joten siitäkin syystä tukiverkoston tarkempi läpikäyminen voisi olla perusteltua. (Perälä – Hammar 2003). Opinnäytetyössäkin tulee esiin tarve vielä henkilökohtaisempaan elämäntilanteen ja asuinolosuhteiden kartoittamiseen. Olisi tärkeää, että hoitajalla olisi riittävästi tietoa potilaan koti-oloista.

Lääkehoidon itsenäinen keskeyttäminen on yksi tavallisimmista syistä mielenterveyspotilaiden sairaalaan paluuseen. (Salokangas ym. 2000). Vaikka opinnäytetyön kyselyyn vastanneet potilaat eivät asiaa tuoneet esiin, voisi olla hyvä, että kotiutumisen tarkistuslistassa lääkitys olisi esillä potilaalle selkeämmin. Opinnäytetyössä tarkastellun tutkimuksen mukaan mielenterveyshäiriöistä kärsivillä henkilöillä on usein myös päihdeongelma (Hägg ym. 2007), joten päihteidenkäyttöä koskeva kohta voisi olla myös tarkistuslistassa. Koska tarkistuslistan käytön tavoitteena on edistää potilaan kotiutumista, olisi hyvä olla mietittynä kaikki potilaan kotiutumista ja kotona selviytymistä haittaavat ja hyödyntävät tekijät. Päihteidenkäyttöä kotiutumista haittaavana tekijänä ei varmastikaan voida kieltää.

Listan sisältö on opinnäytetyön tulosten mukaan potilaiden mielestä kuitenkin hyvä. Tarkistuslistan ulkoasuun oli kyselyssä ottanut kantaa vain yksi potilas ja vastauksen

mukaan ulkoasu oli positiivinen. Hoitajien kokemuksista kotiutumisen tarkistuslistasta tehdyssä opinnäytetyössä osa vastaajista kritisoi tarkistuslistan ulkoasua, mutta potilaat eivät tutkimuksessamme kokeneet sitä negatiiviseksi. (Aittapelto 2014). Koska kotiutumisen tarkistuslista näyttäisi olevan potilaiden mielestä tarpeellinen, olisi tärkeää saada motivoitua hoitajat käyttämään sitä työvälineenä omassa työssään. Listaa tulisi muokata niin, että hoitajatkin kokisivat sen käytön mielekkäänä.

9.2 Opinnäytetyön merkitys ja jatkotutkimusehdotukset

Haasteita opinnäytetyön tekemiseen asetti opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus tutkijoina. Kokemattomuus tulee esiin muun muassa opinnäytetyön kyselylomakkeen kysymysten muotoilussa. Haastatteleamalla potilaista olisi saattanut saada enemmän irti, koska haastattelija voi tehdä tarkentavia lisäkysymyksiä, ja näin ollen saada paremmin vastaukset haluamiinsa kysymyksiin. Nyt kyselyyn laaditut kysymykset oli osassa vastauksista ymmärretty eri tavalla, kuin mikä oli tarkoitus. Tämä olisi ollut ehkä vältettävissä laatimalla kyselyn kysymykset vielä tarkemmin ja selkeämmin. Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen valinta, teoriapohjan kirjoittaminen sekä tutkimuksen eri vaiheiden suunnittelu vei paljon aikaa ensikertalaisilta. Haasteisiin sekä epätietoisuuteen saatiin apua opinnäytetyön ammattitaitoisilta ohjaajilta ja opinnäytetyöpajoista. Tiedonhaun rajallisiin taitoihin apua antoi Metropolia ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikko, joka kärsivällisesti auttoi hakusanojen yhdistelyissä. Myös työelämäkontaktia on pidetty tutkimuksen etenemisessä ajan tasalla muun muassa esittelemällä suunnitelmavaiheen opinnäytetyö Auroran sairaalassa.

Alkuvaikeuksien jälkeen työskentely opinnäytetyön parissa on ollut sitoutunutta ja tavoitteellista. Opinnäytetyönprosessin aikana opinnäytetyön tekijät ovat oppineet paljon ja saaneet tietoja ja taitoja, joista on hyötyä tulevaisuudessa työelämässä. Kehitystä tutkijoina on tapahtunut muun muassa tiedonhaussa, tehtävien priorisoinnissa sekä tiedon raportoinnissa. Myös kriittinen ajattelukyky ja tieteellinen ajattelutapa ovat kehittyneet, mikä osaltaan on lisännyt ammatillista kasvua sekä kokemusta asiantuntijuudesta.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla vastaavanlainen tutkimus yhteistyönä avohoidon kanssa, jolloin voitaisiin seurata sitä, miten tarkistuslistan käyttö on vaikuttanut kotiutumisen jälkeen. Oliko sen läpikäymisestä todellista hyötyä kotiutumiseen ja arjesta selviytymiseen? Mielenkiintoista olisi myös tietää, miten hoitajat suhtautuvat tarkistuslistaan siihen mahdollisesti tehtävien muutosten jälkeen.

Lähteet

Aaltonen, Leena-Maija – Rosenberg, Per toim. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. 1. painos. Tampere: Duodecim

Aittapelto, Jukka 2014. Kotiutumisen tarkistuslista psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.

Anttila, Pirkko 1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Verkkodokumentti. www.metodix.com. Luettu 25.4.2014

Autio, Aira 1996. Potilaan kotiuttaminen sairaalasta – potilaan ja henkilökunnan näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Bull, Margaret 1994. Use of formal community services by elderly and their family caregivers two weeks following hospital discharge. *Journal of Advanced Nursing* 19 (3). 503–508.

Eettinen ennakkoarviointi. Verkkodokumentti. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteissä/ennakkoarviointi>. Luettu 28.2.2014

Hales, Brigitte – Terblanche, Marius – Fowler, Robert – Sibbald, William 2008. Development of medical checklists for improved quality of patient care. *International Journal for Quality in Health Care* 20 (1). 22–30. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/20/1/22.full.pdf>. Luettu 16.3.2014

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2001. Tutki ja kirjoita. 6.-7. painos. Vantaa: Tammi

Hoffmann-Richter, Ulrike – Kanzig, Simone – Frei, Andreas – Finzen, Asmus 2002. Suicide after discharge from psychiatric hospital. *Psychiatr Prax* 29 (1). 22–24.

Hotti, Aira 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää. Tutkimus skitsofreniaan sairastuneiden tiedon saannista ja tarpeista. Akateeminen väitöskirja. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Hurme, Raija – Pesonen Maritta – Syväoja Olli 2000. Englanti-suomi suursanakirja. 12. painos. Juva: WSOY.

Hägg, Tina – Rantio, Merja – Suikki, Päivi – Vuori, Anne – Ivanoff-Lahtela, Päivi 2007. Hoitotyö kotona. 1. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Jewell, Sarah 1993. Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit of elderly patient. *Journal of Advanced Nursing* 18 (8). 1288-1296.

Juvani, Satu – Kyngäs, Helvi – Isola, Arja 2006. Pohjoissuomalaisten ikääntyvien kokemuksia hyvinvointia tukevasta symbolisesta ympäristöstään. *Hoitotiede* 18 (1). 25–36.

- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karppinen, Paula 1997. Yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutus akuuttisairaalaasta potilaiden itsensä ja heidän omaisten arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Kivelä, Hilka – Seittenranta, Saara – Jäntti, Ritva 2007. Potilaiden kotiutumiseen ja ympärivuorokautiseen hoitoon sijoittamiseen liittyvä yhteistyö Herttoniemen sairaalassa. Itäisen ja kaakkoisen alueen yhdistäminen. Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja 2007:3. Helsinki: Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Koponen, Leena 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substanttiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 974. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kotkansalo, Anna – Takala, Riikka – Katila, Ari – Peltomaa, Karolina – Aaltonen, Riitta – Savunen, Timo – Kotilainen, Esa – Ikonen, Tuija 2009. WHO:n tarkistuslistasta hyötyä neurokirurgian leikkauksissa. Suomen Ortopedia ja Traumatologia 32 (3). 206–207.
- Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.): Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 9. painos. Helsinki: WSOY.
- Lehtinen, Ville - Taipale, Vappu 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Verkkodokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054.
- Löppönen, Paavo – Vuorio, Eero 2013. Tutkimusetiikka Suomessa 1980-luvulta tähän päivään. Tieteessä tapahtuu 31 (1). Verkkojulkaisu.
<http://ojs.tsv.fi/index.php/tt/article/view/7704/5935>. Luettu 27.2.2014.
- MacMillan, Maureen 1994. Hospital staff's perceptions of risk associated with the discharge of elderly people from acute hospital care. Journal of Advanced Nursing 19 (2). 249–256.
- Mielenterveyden keskusliitto. Verkkodokumentti. <http://www.mtkl.fi/>. Luettu 5.4.2014
- Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990.
- Moule, Pam - Hek, Gill 2011. Making sense of research. London: SAGE.
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Nieminen, Anja – Louekoski-Huttunen, Toini – Malin, Anneli – Pammo, Osmo – Parkkinen, Kaija – Rontu, Paula 2002. Kotiutusprosessi. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja B 8/2002. Lahti.
- Nieminen, Heli 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2. painos. Juva: WSOY.
- Noppari, Eija – Kiiltomäki, Aliisa – Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi

Outinen, Maarit – Holma, Tupu – Lempinen, Kristiina 1993. Laatu ja asiakas. Juva: WSOY.

Pahikainen, Tiina 2000. Hyvä kotiuttaminen hoitajien näkökulmasta. Pro gradu - tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Perälä, Marja-Leena – Hammar, Teija 2003. PALKOmalli - Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Helsinki: Stakes

Perälä, Marja-Leena – Rissanen, Pekka – Grönroos, Eija – Hammar, Teija – Pöyry, Päivi – Teperi, Juha. 2003. PALKOmalli – Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. Helsinki: Stakes.

Pöyry, Päivi – Perälä, Marja-Leena 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. Aiheita 18/2003. Helsinki: Stakes.

Routasalo, Pirkko – Tilvis, Reijo – Savikko, Niina – Pitkälä, Kaisu 2005. Ikääntyneet suomalaiset maaseudulla ja kaupungissa. Hoitotiede 17 (3). 155–165.

Salokangas, Raimo – Saarinen, Soile – Ojanen, Markku 1992. Sairaalaista kotiutetut skitsofreniapotilaat (SKS-projekti) 1: vuonna 1986 kotiutettujen potilaiden kliininen ja toiminnallinen tila, hoito- ja tukipalveluiden käyttö sekä niiden arvioitu tarve. Psychiatria Fennican julkaisusarja 97. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö.

Salokangas, Raimo – Stengård, Eija – Honkonen, Teija – Koivisto, Anna-Maija – Saarinen, Soile 2000. Sairaalaista yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. Helsinki: Stakes.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Psykiatrinen erikoissairaanhoito. Tilastoraportti. Verkkodokumentti.

www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114909/Tr05_14.pdf?sequence=1. Luettu 28.2.2014.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Helsinki: Tammi

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9., uudistettu painos. Helsinki: Tammi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 27.2.2014.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Verkkodokumentti. <http://www.etene.fi/fi/toiminta>. Luettu 27.2.2014

Vilkka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Weiser, Thomas – Haynes, Alex – Dziekan, Gerald – Berry, William – Lipsitz, Stuart – Gawande, Atul 2010. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. Annals of Surgery 251 (5). 976-80.

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Verkkodokumentti. <http://www.fsd.uta.fi/fi/>. Luettu 5.4.2014

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusana	Löydetty	Otsikon perusteella valitut
------------	----------	----------	--------------------------------

PubMed	'schizophrenia' AND 'discharge process'	117	9
	'schizophrenia' AND 'discharge process' AND 'checklist'	1	1
	'schizophrenia' AND 'discharge' AND 'checklist'	9	0
CINAHL	'schizophrenia' AND 'checklist'	51	0
	'schizophrenia' AND 'discharge planning'	10	1
	'checklist' AND 'discharge planning'	12	5
Ovid	'checklist' AND 'psychiatric care'	68	4
Medic	'kotiutuminen' AND 'psykiatritinen+potilas'	11	2
	'kotiutuminen' AND 'psykiatritinen+hoito'	14	2
	'tarkistuslista'	17	0



Puhelinnumeroita:

Oma terveysasema:

Psykiatrian pkl

Auroran sairaalan neuvontapuhelin: (09) 310 65721

SOS-palvelu: (09) 4135 0510

Tehostetun avohoidon yksikkö TEHO:

Allergiapotukset

Potilas

Hoitaja/Auroran sairaalan osasto



Voi hyvin ja pidä huolta itsestäsi



Ota tämä yhdessä täyttämämme lomake mukaan avohoitokäynnillesi ja näytä se hoitajillesi tai/ja lääkärillesi



Seuraava avohoitoaika

psykiatrian pkl:lla ____ / ____ 201__ klo ____

Lääkäri ____ Hoitaja ____

Terveysasemalla/ ____ / ____ 201__ klo ____
Työterv.huollossa

Lääkäri ____ Hoitaja ____

Lääkitys käyty läpi ennen lähtöä

Matkapuhelimeen laitettu muistutus
Lääkkeenotosta
Vastaanottoajasta

Lähiverkosto / tukiverkosto

 <p>Kaupassa käynti, ostokset ja</p>  <p>raha-asioista huolehtiminen.</p>	 <p>Kerrataan vahvuudet hoitajan kanssa ja kirjataan ne:</p>
<h3>Arjesta selviytyminen</h3>	<h3>Voimavarat</h3>
 <p>Ruuanlaitto</p>	 <p>Työ</p>  <p>Harrastukset</p>  <p>Vapaa-aika</p> <p>Viikko-ohjelma</p>
 <p>Kodinhoito, siivous</p>	 <p>Varoimerkit</p> 

Aluksi muutama Teitä ja Teidän kotitalouttanne koskeva kysymys:

Rengastakaa mielestänne sopivinta vaihtoehtoa vastaava numero tai kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan.

1. Sukupuolenne?

mies 1

nainen 2

2. Syntymävuotenne?

19_____

3. Oletteko tällä hetkellä?

naimaton 1

avo/avioliitossa 2

eronnut 3

leski 4

muu 5

4. Asutteko?

yksin 1

puolison/perheen kanssa 2

lasten kanssa 3

vanhempien kanssa 4

jonkun muun kanssa 5

5. Asumismuotonne?

yksityisasunnossa 1

tukiasunnossa 2

palveluasunnossa 3

kuntoutuskodissa 4

muu 5

6. Koulutustaustanne?

- ylempi korkeakoulututkinto 1
- alempi korkeakoulututkinto 2
- ammattitutkinto 3
- opistotasoinen tutkinto 4
- ylioppilas 5
- peruskoulu 6
- muu, mikä? _____

7. Oletteko tällä hetkellä?

- ansiotyössä 1
- eläkkeellä 2
- kotiäiti/-isä 3
- opiskelija 4
- sairauslomalla/kuntoutustuella 5
- työtön työnhakija 6

8. Kuinka kauan nyt päättävä osastohoitojakso on kestänyt? _____kk _____vrk

Seuraavaksi muutama kysymys liittyen Teidän mielipiteeseenne kotiutumisen tarkistuslistan käytöstä.

9. Mitä hyvää näette tarkistuslistan käytöstä koituvan kotiutumiseen?

10. Mitkä kohdat tarkistuslistassa olivat mielestänne hyviä ja kotiutumista helpottavia? Miksi?

11. Millaisia tunteita kotiutuminen Teissä herättää? Miten tarkistuslistan käyttö vaikutti niihin?

12. Mitä kehitettävää tarkistuslistassa on Teidän mielestänne?

PALJON KIITOKSIA VAIVANNÄÖSTÄNNE!

Hyvä kotiutuva potilas,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Metropolia ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyömme on osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelujen omahoitajamallin kehittämishanketta. Tavoitteenamme on kartoittaa mielenterveyspotilaan mielipiteitä kotiutumisprosessissa käytettävästä tarkistuslistasta ja siinä mahdollisesti esiintyvistä haasteista sekä löytää ratkaisuja mahdollisiin käytössä ilmeneviin ongelmiin. Opinnäytetyömme tarkoitus on edistää mielenterveyspotilaan onnistunutta kotiutumista. Opinnäytetyöllä haetaan vastausta tutkimuskysymykseen: Miten mielenterveyspotilaat kokevat tarkistuslistan käytön?

Opinnäytetyön aineisto kerätään opinnäytetyötä varten tehdyllä kyselylomakkeella, jonka osaston henkilökunta antaa Teille. Liitteenä on kyselyn täyttöohje. Henkilökunta ei saa osallistua kyselylomakkeen täyttöön. Täytettyänne kyselylomakkeen laittakaa se saamaanne kirjekuoreen, jonka suljette itse. Antakaa sen jälkeen suljettu kirjekuori hoitajalle. Noudamme suljetut kirjekuoret osastolta 31.10.2014.

Opinnäytetyön aineisto koostuu kolmestakymmenestä Auroran sairaalan osastoilta xx-xx ja xx-xx elo-lokakuussa 2014 kotiutuvasta potilaasta. Potilaat ovat kaikenikäisiä, naisia ja miehiä. Vastaajien henkilöllisyys ei missään vaiheessa tule opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Voitte halutessanne kieltäytyä tutkimuksesta, eikä osallistuminen tai siitä kieltäytyminen vaikuta mitenkään kotiutumiseenne. Emme pyydä Teiltä erillistä suostumusta kyselyyn osallistumisesta, vaan oletamme että olette suostumuksenne antanut, mikäli olette vastannut kyselyyn. Aineisto säilytetään niin, etteivät ulkopuoliset henkilöt pääse sitä käsittelemään. Aineisto tuhotaan, kun sitä ei enää tarvita.

Valmis työ esitellään Metropolia ammattikorkeakoulussa ja Auroran sairaalassa. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus – tietokannassa. Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori Anu Leppänen.

Toivomme Teidän ottavan osaa laatimaamme kyselyyn, jotta saamme tietoa tarkistuslistan käytöstä potilaiden näkökulmasta.

Opinnäytetyön tekijät

Hanna Kosonen
hanna.kosonen@metropolia.fi

Johanna Tähkä
johanna.tahka@metropolia.fi

Opinnäytetyön ohjaaja

Anu Leppänen
TtM, lehtori Metropolia AMK
anu.leppanen@metropolia.fi

Hyvä kotiuttava hoitaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Metropolia ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyömme on osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelujen omahoitajamallin kehittämishanketta. Tavoitteenamme on kartoittaa mielenterveyspotilaan mielipiteitä kotiutumisprosessissa käytettävästä tarkistuslistasta ja siinä mahdollisesti esiintyvistä haasteista sekä löytää ratkaisuja mahdollisiin käytössä ilmeneviin ongelmiin. Näin pyrimme edistämään mielenterveyspotilaan onnistunutta kotiutumista. Opinnäytetyöllä haetaan vastausta tutkimuskysymykseen: Miten mielenterveyspotilaat kokevat tarkistuslistan käytön?

Opinnäytetyön aineisto koostuu kolmestakymmenestä Auroran sairaalan osastoilta xx-xx ja xx-xx elo-lokakuussa 2014 kotiutuvasta potilaasta. Potilaat ovat kaikenikäisiä, naisia ja miehiä. Vastaajien henkilöllisyys ei missään vaiheessa tule opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Opinnäytetyön aineisto kerätään opinnäytetyötä varten tehdyllä kyselylomakkeella, jonka lähetämme saatekirjeen mukana. Kyselyyn osallistuvat vastaavat kyselyyn ennen kotiutumistaan kotiutumisen tarkistuslistan läpikäymisen jälkeen. Ohessa on myös kyselylomakkeen täyttöohje. Emme pyydä erillistä suostumusta potilailta kyselyyn osallistumisesta, vaan oletamme että potilas on suostumuksensa antanut, mikäli hän on vastannut kyselyyn.

Toivoisimme Teidän arviointianne siitä, onko potilas kykeneväinen vastaamaan kyselyyn. Voitte ohjeistaa potilasta kysymyksissä, mikäli potilas ei ymmärrä kysymystä, mutta muuten toivoisimme kyselylomakkeen täytön jäävän potilaalle. Lomakkeen täyttämisen jälkeen potilas sulkee itse lomakkeen kirjekuoreeseen. Noudamme suljetut kirjekuoret osastolta 31.10.2014.

Toivomme Teidän myös korostavan potilaille, ettei kyselyyn vastaaminen ole pakollista eikä se millään tavalla vaikuta potilaan kotiutumiseen. Potilas voi myös keskeyttää kyselyn täyttämisen ja kieltäytyä osallistumasta kyselyyn missä vaiheessa tahansa.

Valmis työ esitellään Metropolia ammattikorkeakoulussa ja Auroran sairaalassa. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus – tietokannassa. Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori Anu Leppänen.

Opinnäytetyön tekijät

Hanna Kosonen
hanna.kosonen@metropolia.fi

Johanna Tähkä
johanna.tahka@metropolia.fi

Opinnäytetyön ohjaaja

Anu Leppänen
TtM, lehtori Metropolia AMK
anu.leppanen@metropolia.fi

Kyselylomakkeen täyttöohje

Rengasta jokaisen kysymyksen kohdalla omaa näkemystänne parhaiten vastaavan vaihtoehdon numero. Kyselylomakkeen toisessa osiossa vastaukset kirjoitetaan niille jätetyille vastausrivoille.

Esimerkki, jossa rengastetaan jokin vaihtoehdoista:

1. Sukupuolenne?

mies ①

nainen 2

Jos erehdyksessä vastaatte väärään vaihtoehtoon, mitätöikää se ylinäivaten. Ennen kyselylomakkeen sulkemista kirjekuoreen olkaa ystävällinen ja tarkastakaa vielä, että olette vastanneet kaikkiin kysymyksiin.

Täytettyänne kyselylomakkeen sulkekaa lomake hoitohenkilökunnan antamaan kirjekuoreen ja antakaa **suljettu** kirjekuori hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tekijät noutavat suljetut kirjekuoret osastolta. Avoimia kirjekuoria ei vastaanoteta potilaiden anonymiteetin suojaamiseksi.

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen,

Hanna Kosonen

Johanna Tähkä